

## Avaliação de intervenção para aprimorar a resposta da Atenção Primária à Saúde ao cuidado de casos de violência doméstica contra a mulher - São Paulo, Brasil

Evaluation of an intervention to improve Primary Health Care's response to cases of domestic violence against women - São Paulo, Brazil

ARTIGO TEMÁTICO

Stephanie Pereira (<http://orcid.org/0000-0002-4910-448X>)<sup>1</sup>  
Yuri Nishijima Azeredo (<http://orcid.org/0000-0003-2077-0398>)<sup>1</sup>  
Lilia Blima Schraiber (<http://orcid.org/0000-0002-3326-0824>)<sup>1</sup>  
Janaína Marques de Aguiar (<http://orcid.org/0000-0001-5974-1194>)<sup>1</sup>  
Beatriz Diniz Kalichman (<http://orcid.org/0000-0002-4139-3344>)<sup>1</sup>  
Cecilia Guida Vieira Gralia (<http://orcid.org/0000-0003-1491-5327>)<sup>1</sup>

Marina Silva dos Reis (<http://orcid.org/0000-0001-5050-984X>)<sup>1</sup>  
Nayara Portilho Lima (<http://orcid.org/0000-0001-8021-0056>)<sup>1</sup>  
Lorraine J Bacchus (<https://orcid.org/0000-0002-9966-8208>)<sup>2</sup>  
Manuela Colombini (<https://orcid.org/0000-0001-7487-9634>)<sup>2</sup>  
Gene Feder (<https://orcid.org/0000-0002-7890-3926>)<sup>3</sup>  
Ana Flávia Pires Lucas d' Oliveira (<http://orcid.org/0000-0003-1456-4184>)<sup>1</sup>

**Abstract** *The aim was to analyse and improve the Primary Health Care (PHC) response to domestic violence against women (DVAW) by developing, implementing and evaluating an intervention. A pilot study evaluating the before and after of intervention implementation, using mixed methods and carried out in three phases – formative, intervention and evaluation – between August 2017 and March 2019 in two Basic Health Units (UBS) in the city of São Paulo. In this paper, we present the details and evaluation of the intervention, carried out six to twelve months after its implementation. The intervention was developed based on the findings of the formative phase and in line with the health policy that establishes the Violence Prevention Nucleus (NPV) and consisted of establishing a care pathway; general training for all workers and specific training for the NPV; drawing up educational material and monthly case discussions over 6 months. The evaluation showed acceptability among the workers, increased identification and repertoire for caring for cases of DVAW, strengthening internal referral and the intersectoral network. We identified obstacles to the full implementation and sustainability of the intervention.*

**Key words** *Primary Health Care, In-service training, Policy evaluation, Violence against Women, Domestic Violence*

**Resumo** *O objetivo foi analisar e aprimorar a resposta da Atenção Primária à Saúde (APS) ao cuidado dos casos de violência doméstica contra a mulher (VDCM), desenvolvendo, implementando e avaliando uma intervenção. Pesquisa piloto de avaliação do antes e depois da implementação de uma intervenção, utilizando métodos mistos e realizada em três fases – linha de base, intervenção e avaliação – entre agosto/2017 e março/2019 em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de São Paulo. Apresentamos neste artigo o detalhamento e a avaliação da intervenção, realizada 6-12 meses após implementação. A intervenção foi desenvolvida com base nos achados da primeira fase e em consonância com a política de saúde que estabelece os Núcleos de Prevenção à Violência (NPV), consistindo em: elaboração de fluxo assistencial; capacitação geral para todos os trabalhadores e específica para o NPV; elaboração de material educativo e discussões mensais de caso durante 6 meses. A avaliação mostrou aceitabilidade entre os trabalhadores, aumentou a identificação e repertório para o cuidado dos casos de VDCM, fortalecendo o encaminhamento interno e à rede intersetorial. Identificamos obstáculos para plena implementação e sustentabilidade da intervenção.*

**Palavras-chave** *Atenção Primária à Saúde, Capacitação em Serviço, Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa, Violência contra a Mulher, Violência Doméstica*

<sup>1</sup> Grupo de Pesquisa e Intervenção Violência e Gênero nas Práticas de Saúde, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr Arnaldo 455, Cerqueira César. 01246-903 São Paulo SP Brasil. [stephaniepereira@usp.br](mailto:stephaniepereira@usp.br)  
<sup>2</sup> London School of Hygiene and Tropical Medicine. London England United Kingdom.  
<sup>3</sup> University of Bristol. Bristol England United Kingdom.

## Introdução

Em 2016, os estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) adotaram um plano de ação global para fortalecer o papel dos sistemas de saúde para responderem de maneira multisetorial à violência, em especial aquela cometida contra mulheres e crianças<sup>1</sup>. Profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), quando devidamente capacitados, podem criar ambiente adequado para identificar situações de violência e oferecer cuidado, colocando as mulheres em situação de violência em contato com os serviços apropriados, incluindo, se disponíveis e necessários, aqueles especializados em violência contra a mulher (VCM), diminuindo assim os riscos e aumentando o bem-estar das mulheres e seus filhos.

A avaliação de intervenções para aprimorar a resposta dos serviços de APS à violência doméstica contra a mulher (VDCM), forma mais prevalente de VCM, tem sido um campo em expansão<sup>2</sup>. Uma revisão sistemática de intervenções na APS mostrou resultados positivos, tais como aumento do uso de comportamentos de segurança e aumento de encaminhamentos para outros serviços da rede intersetorial<sup>3</sup>.

No Brasil, apesar de políticas públicas específicas e iniciativas de capacitação dos profissionais<sup>4,5</sup>, a APS ainda não parece responder adequadamente ao enfrentamento à VDCM. Em parte, essa baixa resposta dos serviços é devida a obstáculos já identificados na literatura, como a própria dificuldade de considerar a violência como escopo do trabalho em saúde, traduzida na dificuldade de identificar e cuidar dos casos<sup>6</sup>. Acredita-se que a capacitação dos profissionais, importante facilitador de melhores respostas, não tenha conseguido alcançar bons resultados, de modo a corresponder ao que esse tipo de serviço consegue fazer<sup>7</sup>.

Na cidade de São Paulo, desde 2001, há um histórico de Políticas e Programas municipais no setor da saúde direcionados ao enfrentamento da violência. No entanto, as políticas sofreram descontinuidades a cada mudança de gestão<sup>4</sup> e têm sido impactadas pela administração de diferentes Organizações Sociais de Saúde (OSS) e pelas políticas de austeridade, com diminuição de verbas para as políticas sociais.

Em 2015, o município implementou a Linha de Cuidado Integral à Pessoa em Situação de Violência<sup>8</sup>, voltada ao cuidado de todas as formas de violência. Essa política prevê a implementação dos Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) em todos os serviços de saúde. Os NPV, segundo

o documento, devem ser compostos por no mínimo quatro profissionais de saúde, preferencialmente de composição multiprofissional e com participação da gestão. Os NPV são os responsáveis pela capacitação dos outros membros da equipe e pela coordenação dos casos, seja internamente ou na rede intersetorial.

Frente a esse contexto, o presente estudo visou analisar e aprimorar a resposta da APS à VDCM, desenvolvendo, implementando e avaliando uma intervenção convergente com a Linha de Cuidado Municipal<sup>8</sup>. Este estudo integra uma pesquisa multicêntrica<sup>9</sup>.

## Metodologia

Trata-se de pesquisa piloto sobre o antes e o depois de uma intervenção para aprimorar a resposta da APS no cuidado dos casos de VDCM, utilizando métodos mistos e realizada em três fases entre agosto de 2017 e março de 2019. Participaram da pesquisa duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de São Paulo. Os critérios de seleção dos serviços e suas características em termos de modelo assistencial, administração, dados do território de abrangência e dos trabalhadores de saúde estão publicados em outro artigo<sup>10</sup>.

A primeira fase, uma avaliação da linha de base, mostrou como resultado: implementação precária dos NPV, em termos de trabalhadores membros, funções do grupo e reconhecimento do seu trabalho por todos os trabalhadores da unidade; protocolo vago de atendimento a casos de VDCM; trabalhadores com medo de retaliação, em dúvida sobre como manejar os casos e falta de tempo para atender os casos de forma adequada. Esta última situação mostrava-se relacionada com as metas assistenciais dos contratos de gestão das OSS, que priorizam principalmente o número de consultas e não contemplam indicadores para a violência<sup>10</sup>.

Com base nos achados da primeira fase, desenvolvemos e implementamos (fase 2) uma intervenção baseada em duas propostas publicadas na literatura acerca do cuidado a mulheres em situação de violência: o modelo brasileiro CONFAD<sup>5</sup> e o modelo britânico IRIS<sup>11</sup>, ambas em consonância com as orientações da Organização Mundial de Saúde<sup>12</sup>. Na terceira fase, de avaliação, levantamos registros dos casos identificados junto aos NPV e à Vigilância Epidemiológica, comparando o período de 12 meses anteriores à intervenção (2017) e de 12 meses após a inter-

venção (2018); e entrevistamos, a partir de um roteiro semiestruturado, 15 trabalhadores de saúde, garantindo a diversidade profissional.

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas, conferidas e os dados foram trabalhados segundo a análise de conteúdo temática<sup>13</sup>.

Essa pesquisa tem aprovação ética pelo Comitê de Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP (parecer nº 2.079.832) e pelo Comitê de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (parecer nº 2.142.949). Os entrevistados e as entrevistadoras tiveram garantido suporte em caso de sofrimento mental advindo da pesquisa.

Apresentamos neste artigo o detalhamento da intervenção e os resultados da última fase da pesquisa, realizada entre 6 e 12 meses após a intervenção.

## Resultados e discussão

A seguir se apresentam e se discutem a intervenção e os resultados da fase de avaliação, com base nos achados das entrevistas e organizados em três distintos eixos de aproximação: 1. O ver e fazer ver: a violência doméstica contra a mulher como objeto de trabalho nos serviços de APS; 2. Ampliando a eficácia técnica para o sucesso prático; 3. Breves reflexões sobre aspectos organizacionais e da gestão.

Os entrevistados dessa fase da avaliação estão apresentados na Tabela 1.

Tratando-se de pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde<sup>14</sup> e buscando aumentar o impacto e a efetivação de seus resultados, a intervenção foi construída junto ao que se denominou um Comitê de Apoio a Pesquisa – composto pelas pesquisadoras; gestores da Secretaria Municipal de Saúde, das Coordenadorias Regionais e Supervisões Técnicas de Saúde do território das UBSs; gestores e membros do NPV das duas UBSs; e representantes de serviços da rede inter-setorial de assistência à violência contra a mulher.

A intervenção consistiu, em linhas gerais, na elaboração de ações e de um fluxo assistencial para os casos de VDCM, em que todos os trabalhadores: 1. se tornassem habilitados para identificação, primeiro acolhimento e encaminhamento dos casos; 2. encaminhassem as pessoas identificadas ao NPV da unidade para escuta mais aprofundada e potencial encaminhamentos externos; 3. valorizassem o registro dos casos por meio da notificação compulsória e de tabela interna de acompanhamento dos mesmos; 4. lessem e utilizassem o material educativo elaborado

pela equipe de pesquisa para todos<sup>15</sup> e especializado<sup>16</sup> para o NPV; 5. recebessem um reforço da capacitação em reuniões de equipe, relembando o fluxo e os papéis profissionais específicos. Com os profissionais do NPV uma sexta atividade foi a realização de discussão mensal sobre o cuidado dos casos identificados, o que ficou a cargo de pesquisadoras da equipe.

No total, foram capacitados 99 trabalhadores nas duas UBSs, sendo 37 de nível superior. A “capacitação geral”, realizada por pesquisadoras, ocorreu nas UBSs, em duas sessões de duas horas cada e com diferença de 1 mês entre cada sessão, possibilitando uma reflexão crítica entre os dois encontros. Do total, 48 trabalhadores participaram de ambas as sessões e os demais participaram de apenas uma, por diversas razões: dificuldades de horário, férias e convocações para outras atividades. A capacitação contou com dinâmicas de grupo, *role play* e aulas curtas.

Embora não tenha sido previsto na proposta inicial, identificamos na primeira fase da pesquisa a necessidade de uma “capacitação específica” para os profissionais do NPV, que alegavam não terem ferramentas necessárias para o atendimento dos casos, apesar de terem recebido capacitação mensal por dois anos pela Prefeitura de São Paulo (2016 e 2017). Participaram 15 representantes do NPV das duas UBSs, além de repre-

**Tabela 1.** Características dos trabalhadores entrevistados na fase de avaliação.

Características	Entrevistados (n=15)
Sexo	
Masculino	2
Feminino	13
Profissão	
Assistente Social	3
Agente Comunitário de Saúde	3
Enfermeira	2
Gerente	2
Médico	2
Técnico de enfermagem	2
Psicólogo	1
Membro do NPV	
Sim	4
Não	11
Entrevistado na fase 1	
Sim	8
Não	7

Fonte: Autores.

sentantes de Centros de Defesa e Convivência da Mulher (CDCM) e Defensorias Públicas especializadas, a fim de aproximar as UBSs dos serviços da rede intersetorial. Posteriormente as pesquisadoras participaram por 6 meses das reuniões mensais do NPV de cada UBS para discussão dos casos. A capacitação específica foi baseada no modelo brasileiro CONFAD<sup>5</sup>, aprofundando técnicas de conversa pautadas em princípios de: não julgamento baseado em valores pessoais, não vitimização, privacidade e sigilo, e decisão compartilhada.

Utilizaremos “intervenção” para referir ao conjunto do fluxo proposto, registro, material educativo, capacitação geral dos profissionais e específico para o NPV, e reuniões mensais para o acompanhamento dos casos.

### **O ver e fazer ver: a violência doméstica contra a mulher como objeto de trabalho nos serviços de APS**

Na linha de base da pesquisa, a VDCM foi reconhecida como problema de saúde pela grande maioria dos entrevistados, mas o agir diante dos casos parecia extrapolar as possibilidades de oferta de cuidado, desafiando a lógica biomédica vigente nas ações dos serviços<sup>17</sup>. Não havendo claro um protocolo de atendimento, a VDCM não constituía objeto de intervenção, levando a uma baixa identificação dos casos (Tabela 2).

A integração do cuidado dos casos de VDCM na organização dos serviços passava, necessariamente, pela delimitação da violência como um objeto de trabalho. Identificamos na linha de base que tanto os atos de violência quanto os efeitos da desigualdade de gênero na vida das mulheres eram compreendidos pelos profissionais como um mesmo problema e, em se tratando de construções sócio-históricas e estruturantes das relações<sup>18,19</sup>, os profissionais sentiam-se impotentes frente aos casos, ainda que em sua grande maioria condenassem veementemente a VDCM. A intervenção propôs um recorte do problema

para que este constituísse um objeto de intervenção em saúde: delimitando os atos de violência, inserida em uma perspectiva de gênero e direitos humanos; discutindo sobre a banalização e naturalização da VDCM; e articulando o cuidado da VDCM no cotidiano das práticas de saúde. Tais questões resultaram na melhor compreensão do objeto que seria endereçado no trabalho.

*Primeiro a percepção do que é violência doméstica. Algumas coisas eu já consigo perceber de tal maneira que eu não percebia antes. [...] Acontecia com tanta frequência que a gente não conseguia observar aquilo como algo diferente ou como uma violência. [...] Agora você acaba percebendo que não é normal, que não deveria acontecer (ACS, UBS 2).*

A delimitação da VDCM como objeto de trabalho, a fim de integrar a organização do cuidado no serviço, demandou também a definição de uma finalidade, um ponto de chegada assistencial como produto do agir profissional. Isto implicou elaborar um projeto de atenção capaz de antever um resultado potencial para o atendimento dos casos, e para o qual seriam definidos também os instrumentos e saberes apropriados, tal como deveria ocorrer em qualquer processo de trabalho em saúde<sup>20</sup>.

A finalidade do trabalho com os casos da VDCM na APS é buscar as mais adequadas formas de a própria mulher lidar com sua situação no sentido da redução ou fim da violência, respeitando sua vontade de dentro do leque de possibilidades. Também se qualifica esse processo de trabalho como um cuidado comprometido com a atenção integral à saúde<sup>5</sup>, ou seja, na consideração e visibilização dos problemas de saúde e sua tradução em diagnósticos médicos, incorporando à dimensão biomédica aspectos sociais, psicológicos e políticos das questões de saúde. Com isso tem-se no horizonte dos resultados potenciais da assistência a ser prestada a busca pelo fortalecimento da mulher por meio não só do projeto assistencial dos serviços de saúde, mas também do acesso a serviços e direitos capazes de garantir uma vida sem violência e podendo, inclusive, reorientar o uso reiterado e ineficaz dos serviços de saúde para um mais integral<sup>21</sup>.

No que se refere aos instrumentos e saberes, era necessário desenvolver um saber operante para o cuidado dos casos coadunado a tais finalidades<sup>22</sup>: ser capaz de integrar o conhecimento teórico/científico, bem assentado na compreensão das desigualdades de gênero e dos contextos em que tais desigualdades se transformam em violência<sup>23</sup>, na ação técnica para o cuidado de cada

**Tabela 2.** Casos de VDCM notificados no Sistema de Notificação Compulsória (SINAN) 12 meses antes e após a intervenção.

Serviço	Antes	Depois
UBS 1	8	18
UBS 2	3	12
Total	11	30

Fonte: Autores.

caso, além de considerar no encontro assistencial a sabedoria prática dos profissionais, fruto de suas experiências anteriores seja com outros casos de violência, seja com suas situações pessoais<sup>24</sup>. Para tal, a intervenção propôs dinâmicas de dramatização – como o *role play* – para discutir como as mulheres chegam ao serviço em termos do que a literatura aponta sobre sinais e sintomas associados a VDCM<sup>25</sup> e técnicas para a abordagem: como perguntar e realizar o primeiro acolhimento, em acordo com a literatura, e com as experiências pessoais. A atividade foi bem recebida:

*Achei muito bacana e muito prática [...] como vocês trouxeram as questões: o que perguntar; o que falar* (Gerente, UBS 1).

Com os trabalhadores mais confiantes para a identificação e primeiro acolhimento dos casos, foi necessário redefinir o fluxo interno para o cuidado – antes centralizado na figura do psicólogo e/ou do assistente social – e as formas de interação entre a equipe no funcionamento desse fluxo<sup>5,20</sup>.

Em contraste com o modelo britânico IRIS<sup>11</sup>, em que todos os profissionais foram treinados para identificar mulheres em situação de violência e encaminhá-las para serviço externo, a intervenção brasileira considerou especificidades culturais e estruturais dos serviços, tais como: a proposta do NPV<sup>8</sup>; a presença de equipe multiprofissional para além de apenas médicos e enfermeiros; a dificuldade de acesso aos serviços especializados por dificuldades econômicas e distância do território; e a valorização da longitudinalidade, do vínculo das mulheres com o serviço de APS e da singularidade dos casos. Dessa forma, o fluxo foi estabelecido de modo que todos os profissionais identificassem os casos e os encaminhassem para os profissionais do NPV, que iriam oferecer uma escuta qualificada<sup>5</sup> e oferecer encaminhamentos a serviços externos se necessário e de acordo com a especificidade de cada caso.

A intervenção resultou no aumento da identificação dos casos (Tabela 2), na sensação de maior confiança sobre o que fazer diante da revelação da VDCM, na diminuição do medo e na relativização da falta de tempo como obstáculo intransponível.

*Pelo fato de a gente se instrumentalizar melhor [...] como abordar e o que eu tenho como ferramenta de apoio, o medo diminui. É natural. Você muitas vezes tem medo daquilo que você não conhece. Quando você começa a conhecer o que você tem disponível, seja de equipamentos, seja de ins-*

*trumentos, seja de equipe, aquilo diminui* (Enfermeira, UBS 1).

Além disso, outro resultado importante foi a consolidação dos NPV em termos de organização, função e ampliação da equipe. No entanto, as condições específicas de cada unidade trouxeram resultados distintos no que diz respeito à organização dos núcleos.

Na UBS 1, o NPV foi fortalecido e contou com a participação de 5 profissionais de nível superior, cobrindo todo o período de funcionamento diário da unidade em esquema de plantões, possibilitando o atendimento no mesmo dia da identificação dos casos. Esse fortalecimento foi importante para o reconhecimento dos membros do NPV, estabelecimento de um fluxo único, e aumento da confiança para o encaminhamento:

*Porque talvez, antes do treinamento, ou mesmo antes do NPV, passaria despercebido. Eles [profissionais] sabem da existência do NPV, que fomos qualificados para fazer um atendimento. Então, os casos têm chegado mais para a gente* (Assistente Social 1, NPV, UBS 1).

*Quando eu já identificava algum tipo de sofrimento, de agressão, eu já ia diretamente no consultório, e sempre eles [NPV] tinham alguém para fazer essa acolhida. Achei [o fluxo] bem prático, bem oportuno* (Médico, UBS 1).

Na UBS 2 o NPV, que antes da intervenção era composto por apenas uma assistente social (AS), despertou interesse de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais de nível médio. Ainda assim, o NPV permaneceu mais personificado na AS.

*Falaria com a assistente social [...]. Agora, com outros, como eu não conheço os demais membros, eu já ficaria mais inseguro...* (Médica, UBS 2).

O papel do ACS no cuidado às mulheres em situação de violência é amplamente discutido na literatura, sendo ressaltado pela sua dupla vinculação ao serviço como trabalhadoras e usuárias<sup>26</sup>. Ainda que reconheçam limitações teórico-práticas<sup>27,28</sup>, os autores enfatizam os ACSs como trabalhadores-chave para a identificação dos casos e sua condução<sup>27,29</sup>. Contudo, baseado na experiência do ACS como membros do NPV na UBS 2, ressaltamos algumas limitações para este trabalho.

A menor autoridade desses trabalhadores dentro da equipe multiprofissional resultou em um baixo reconhecimento destes como capazes de atender os casos, sendo o duplo vínculo dos ACSs fonte de desconfiança na equipe quanto ao sigilo dos casos. Além disso, foi notável a menor autonomia das ACS para o manejo de suas

agendas em relação aos profissionais graduados, agravado pela não garantia de horário protegido para assuntos relacionados ao NPV e atrelada à cobrança de metas de visitas domiciliares.

No que diz respeito à organização da assistência no serviço, é fundamental expandir o fluxo de cuidado para além dos muros da UBS, articulando o cuidado em saúde com o de outros serviços da rede intersetorial de assistência, capazes de responder à multiplicidade de demandas dos casos de VDCM. A capacitação especializada foi capaz de ampliar o conhecimento sobre a existência e a vocação assistencial dos serviços da rede<sup>30,31</sup>, deixando os profissionais – em especial os do NPV – mais confortáveis para o cuidado dos casos. Ainda assim, o cuidado compartilhado com outros pontos de atenção segue como desafio na APS, em especial pelas expectativas que fogem das possibilidades concretas de atuação dos serviços.

*Desejo conhecer um pouco mais os nossos equipamentos. Ter mais contato, de fato conhecer até onde o equipamento também pode ir. Porque às vezes a gente tem também uma falsa impressão de que vai dar um jeito, e nem sempre é assim!* (Assistente Social 1, NPV, UBS 1).

#### **Ampliando a eficácia técnica para o sucesso prático**

Antes da intervenção, os eventuais casos de VDCM que surgissem eram respondidos com opiniões e conselhos baseados em valores pessoais<sup>32</sup>, muitas vezes centrados na pressão pela separação do agressor e denúncia à polícia. A mulher era raramente tomada como sujeito nos encontros assistenciais, sendo seus desejos e projetos de vida pouco explorados e, na contramão, tais encontros eram revestidos de concepções que culpabilizam a mulher pela violência sofrida.

Se a violência era assumida como escopo profissional, o cuidado era reduzido ao seu aspecto biomédico. Prevalencia a busca por um êxito do tipo técnico no lidar com os casos, sendo esse êxito apenas pautado nas expectativas biomédicas, estando ausente outra dimensão, a que se pode chamar “sucesso prático”<sup>33,34</sup>, e que amplia a finalidade da intervenção em direção ao que a mulher quer e pode realizar dadas as suas condições de vida. Nesse sentido, prevalecia uma relação instrumental em que o trabalhador tinha como expectativa a aceitação da mulher à sua visão de resolver o problema, focado no cuidado de queixas e sintomas, culminando em práticas de medicalização da violência vivida<sup>17</sup>.

Com o intuito de deslocar esse horizonte normativo para um cuidado dialógico que incluía o conhecimento das mulheres sobre suas vidas, seus desejos e projetos, a intervenção buscou integrar um agir ético comunicativo aos encontros assistenciais, buscando ressaltar não apenas o caráter instrumental da ação assistencial para obter um êxito técnico, mas, sobretudo, o caráter interativo dessa ação, que é o que possibilita alcançar também um sucesso prático<sup>33</sup>.

Dessa forma, o saber operante específico ao tipo de encontro assistencial que ocorre entre profissionais e mulheres já antes considerado, requer, ainda, ser articulado à construção de relações interativas com as mulheres nas quais o trabalhador valorizasse seus relatos, sem julgamento baseado em valores pessoais, considerando as experiências e expectativas das mulheres.

Tal aspecto foi bastante desenvolvido nas capacitações através de jogo interativo em que os profissionais eram convidados a se colocar “No Lugar Dela”<sup>35</sup> e tomar decisões que julgassem necessárias para lidar com a violência sofrida, além de outras dinâmicas de grupo. Esse particular momento pode valorizar em especial o “estar no lugar do outro”, permitindo aos trabalhadores experimentarem a empatia daí resultante, levando à reflexão mais profunda sobre a interação com as mulheres na produção das ações assistenciais.

Como resultado, os entrevistados reconheceram a necessidade de respeitar as escolhas e os tempos próprios das mulheres, evitando a expressão de valores pessoais no cuidado:

*[A capacitação] aprimorou bastante o olhar nos casos de violência, você ter um olhar mais neutro, sem julgamento. Achei bem proveitoso [...] não pode julgar, porque a pessoa não quer isso. Se você for julgar, a pessoa já se fecha e não se abre mais com a gente* (ACS, UBS 1).

*Às vezes a gente achava que estava ajudando e estava atrapalhando [...] eu achei boa [a intervenção]! Porque eu acho que você ajuda mais a pessoa abordando ela do jeito certo. [...] A gente não vê mais aquela conversa que a gente tinha, de comadre com o paciente, de falar: “Ah, eu acho que você não deveria fazer isso” – conselho* (Técnica de Enfermagem, UBS 2).

A intervenção não pareceu ter sido recebida como um protocolo estrito de conduta, mas como abertura ao pensamento: o aumento do repertório de ações e encaminhamentos permitiu aos profissionais pensar em diversas possibilidades de ação relativamente à singularidade do caso em questão. Ainda, incentivou que os trabalhadores criassem suas próprias estratégias,

levando em conta os contextos concretos em que o trabalho se desenvolve.

Com a consideração da sabedoria prática das próprias mulheres em lidar com suas situações, nos aproximamos do sucesso prático no cuidado dos casos, sendo que a concepção de boa prática profissional ficou, assim, deslocada para uma finalidade do cuidado que, enfim, valoriza o bem-estar da usuária, sua emancipação e o acesso à direitos e aos recursos da rede intersetorial de serviços especializados.

*Eu pensava só no processo de adoecer, como uma patologia. [...] Eu acho que [a intervenção] expandiu o olhar, não só no adoecer como processo patológico, mas o adoecer de uma forma ampla. [...] Era uma coisa que eu praticamente não abordava na prática clínica e depois da intervenção é que eu comecei a buscar um pouco mais. [...] A importância [do cuidado], justamente, é a de melhorar a qualidade de vida da pessoa (Médico, UBS 1).*

*Você percebe o emocional da pessoa estar mais... [...] Principalmente porque estávamos acompanhando ela com relação ao seu projeto de vida. [...] Vem aqui falar: “Ai que bom que eu consegui. Tô me sentindo bem”. Isso aconteceu com algumas (Assistente social, NPV, UBS 2).*

Mesmo com a busca da inclusão de uma perspectiva dialógica de cuidado, o fundamento biomédico e técnico se manteve como núcleo central do trabalho. A atenção aos casos de VDCM não foi integrada às formas de assistência tradicionais, sendo ainda compreendida como algo à parte de sua atuação, sendo que muitos profissionais reconheceram que o cuidado desses casos era um “ir além” da assistência que tradicionalmente prestavam.

*Então, a parte física caberia ao médico, uma enfermeira. Só que aí é que tá o além. Ele não vai cuidar só da parte física. Uma ginecologista, por exemplo, não está encontrando só um possível câncer de mama. O que está acontecendo com essa mulher? Se ela atuar só como uma médica, ela só vai olhar pro câncer de mama... o direcionamento da parte química do processo. Mas quando ela se aproxima: “o que essa mulher tá vivendo?”, ela está indo além (Assistente Social, NPV, UBS 2).*

Os entrevistados mostram que as diferentes categorias profissionais são vistas por especificidades estereotipadas ligadas à sua formação: a psicóloga escuta, a assistente social lida com os direitos e benefícios, os médicos e enfermeiros tratam do corpo físico e suas necessidades de saúde, as ACS fazem o contato com a comunidade e a gerente dá apoio a qualquer coisa que precise ser feita, mas fazem considerações de que

todos devem ir além e “ajudar” os casos, embora não fique claro o que isto quer dizer.

Interessante notar que, ainda que a intervenção tenha aumentado a visibilidade dos casos nos serviços e aprimorado o cuidado ofertado, permanece no discurso profissional certa “recusa tecnológica”<sup>24</sup>. Dito isso, queremos ressaltar que, ainda que a VDCM seja reconhecida como um problema de saúde – tanto pelos profissionais quanto pelas propostas já existentes de intervenção assistencial na saúde – e que a intervenção tenha delimitado a VDCM como objeto de trabalho, para o que tenha sido estabelecido uma finalidade, instrumentos e saberes capazes de integrar a assistência dos casos junto às demais intervenções no cotidiano dos serviços de APS, nas concepções dos profissionais tudo isso ainda não lhes parece disponibilizar uma tecnologia adequada à saúde. Ou, nas palavras de Schraiber e d’Oliveira<sup>24</sup>, “nem tão boa, nem tão competente como as demais intervenções desse campo”.

#### **Breves reflexões sobre aspectos organizacionais e da gestão**

A gestão, tanto no serviço como nos demais níveis da organização hierárquica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), demonstrou papel fundamental na implementação da intervenção. Questões relacionadas à organização da própria estrutura de saúde na cidade de São Paulo, como a terceirização dos serviços de APS, administrados por OSS, emergiram como obstáculos para a integração da VDCM na assistência prestada nos serviços. Uma primeira questão a ser problematizada diz respeito aos contratos de gestão estabelecidos entre a SMS e as OSS, baseados em metas de produtividade como condição para o repasse financeiro. Não havendo nenhum indicador para o cuidado dos casos de VDCM, a questão tem menor prioridade nos serviços.

*[...] A gente está transformando a atenção básica num painel de indicadores. O que são indicadores, você mobiliza equipe e você faz acontecer, o que não são indicadores, vai caindo num limbo (Gerente, UBS 1).*

O apoio do gestor na integração da intervenção à rotina da UBS também demonstrou ser de grande importância, em parte responsável pelo fluxo e o trabalho do NPV mais consolidado na UBS 1. Previsto na proposta de intervenção, o reforço da capacitação geral se realizou em dois momentos na UBS 1. Na UBS 2 não havia reuniões de equipe, o que inviabilizou esse reforço que se utilizava desses espaços na agenda dos profissionais.

*Mas... Não sei se na prática ele está funcionando [NPV], assim. Acho que faz muita falta ter reunião de equipe geral, né? (Psicóloga, UBS 2).*

As reuniões de equipe mostraram-se importantes para a divulgação do trabalho, a troca de informações e experiências entre os profissionais, a discussão dos casos e mesmo para que todos os profissionais da unidade saibam da existência e do funcionamento do NPV. Alguns entrevistados defenderam a manutenção de espaços institucionais para discussão do tema – como o reforço da capacitação e discussão mensal dos casos – como forma de relembrar o conteúdo e pela rotatividade de trabalhadores no serviço:

*Igual eu te falei: toda vez que vocês entram em contato, eu lembro [...]. Então, eu acho que se tivesse um espaço, uma vez por ano, ou duas vezes ao ano para atualização com relação a isso [...]. Faz você despertar um pouco mais. Então eu acho que se tivesse um pouco mais de incentivo com relação a isso aí, acho que ficaria mais... até que isso aí se torne rotina, que deveria ser rotineiro, deveria fazer parte da anamnese (Médico, UBS 1).*

Como já discutido, o cuidado dos casos de VDCM nos serviços de APS desafia a lógica predominantemente biomédica vivida na rotina dos serviços e necessita de investimento contínuo para sua incorporação, que não se resume a capacitações isoladas. Apesar da intervenção ter ampliado o conhecimento e o repertório de ações frente aos casos de VDCM, já é de conhecimento que treinamentos pontuais sobre o tema podem alterar positivamente a percepção do problema, porém, sem articulação com outras ações, a longo prazo pouco impactam nas atitudes concretas diante dos casos<sup>36</sup>.

Por último, cabe ressaltar que no ano seguinte à saída da equipe de pesquisa do campo, confi-

gurando também o término dos espaços mensais de discussão dos casos, o número de notificações de VDCM diminuiu em ambas as UBSs, mantendo-se próximo do que foi registrado na linha de base. Isto sugere não só a necessidade de atividades de supervisão a longo prazo, a fim de incentivar e orientar os profissionais, assim como que mudanças na cultura assistencial devem ser motivadas e acompanhadas por prazos mais longos que os períodos destinados apenas à capacitação pontual.

### Considerações finais

A implementação de uma intervenção convergente com as políticas vigentes para o enfrentamento da VDCM na APS demonstrou aceitabilidade entre os trabalhadores, aumentando a identificação e encaminhamento destes, tanto internamente ao serviço por meio de fluxo assistencial estabelecido, quanto externamente pelo maior reconhecimento dos serviços da rede intersectorial de assistência à violência contra a mulher.

Ainda que a intervenção tenha demonstrado ser capaz de aprimorar a resposta dos serviços para o cuidado dos casos, foram notados obstáculos para a sua total implementação na APS – obstáculos estes ligados, especialmente, à organização dos serviços de APS no município e suas peculiaridades na interação público-privado; e à cultura assistencial interna aos serviços.

O papel dos gestores em diferentes níveis hierárquicos e a influência exercida pela equipe de pesquisa nos resultados obtidos precisam ser explorados em maior profundidade em pesquisas futuras, a fim de aprimorar a intervenção e caminhar para a sua sustentabilidade.



## Colaboradores

Todos os autores participaram da análise de dados, revisão crítica do conteúdo intelectual e da aprovação final da versão a ser publicada. S Pereira, LB Schraiber e AFPL d'Oliveira participaram da concepção e redação do artigo e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

## Financiamento

UK Research and Innovation - Medical Research Council - MR/P02510/1.

## Referências

1. World Health Organization (WHO). Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers. Geneva: WHO; 2017.
2. Bacchus L, Bewley S, Fernandez C, Hellbernd H, Lo Fo WS. *Health sector responses to domestic violence in Europe: A comparison of promising intervention models in maternity and primary care settings*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2012.
3. Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, Lenahan P, Cronholm P. Primary Care-Based Interventions for Intimate Partner Violence. *Am J Prev Med* 2014; 46(2):188-194.
4. Batista KBC, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Batista KBC, Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2018; 34(8):e00140017.
5. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1037-1350.
6. d'Oliveira AFPL, Pereira S, Schraiber LB, Graglia CGV, Aguiar JM, Sousa PC, Bonin RG. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface (Botucatu)* 2020; 24:e190164.
7. Colombini M, Alkaiyat A, Shaheen A, Garcia Moreno C, Feder G, Bacchus L. Exploring health system readiness for adopting interventions to address intimate partner violence: a case study from the occupied Palestinian Territory. *Health Policy Plan* 2020; 35(3):245-256.
8. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. *Linha de cuidado para atenção integral à pessoa em situação de violência*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2015.
9. Universidade de Bristol. *HERA - Healthcare Responding to Violence and Abuse* [Internet]. [cited 2024 maio 9]. Available from: <https://www.bristol.ac.uk/primaryhealthcare/researchthemes/hera/>.
10. d'Oliveira AFPL, Pereira S, Bacchus L, Feder G, Schraiber LB, Aguiar JM, Bonin RG, Vieira Graglia CG, Colombini M. Are we asking too much of the health sector? Exploring the readiness of Brazilian primary health care to respond to domestic violence against women. *Int J Health Policy Manag* 2022; 11(7):961-972.
11. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, Gregory A, Howell A, Johnson M, Ramsay J, Rutterford C, Sharp D. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2011; 378(9805):1788-1795.
12. World Health Organization (WHO). *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook*. Geneva: WHO; 2014.

13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.
14. Novaes HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):S147-S157.
15. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Pereira S, Bonin RG, Aguiar JM, Sousa PC, Guida C. *Atenção Primária a Saúde - Protocolo de Atendimento a Mulheres em Situação de Violência*. São Paulo, Bristol: Entrelinhas, Universidade de Bristol; 2019.
16. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Pereira S, Bonin RG, Aguiar JM, Sousa PC, Guida C. *Protocolo de Orientação para o Atendimento Especializado a Mulheres em Situação de Violência*. São Paulo, Bristol: Entrelinhas, Universidade de Bristol; 2019.
17. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10):2635-2644.
18. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real* 2017; 20(2):71-99.
19. Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.
20. Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cadernos CEFOR; 1992.
21. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2):237-245.
22. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, ABRASCO; 1994.
23. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Supl. 2):s205-s216.
24. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. *Athenea Digit Rev Pensam Investig Soc* 2008; 14:229.
25. Schraiber LB, organizador. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora UNESP; 2005.
26. Berger SMD, Barbosa RHS, Soares CT, Bezerra CM. Formação de Agentes Comunitárias de Saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da Educação Popular e da pedagogia feminista. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(Supl. 2):1241-1253.
27. Scaranto CAA, Biazevic MGH, Michel-Crosato E. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. *Psicol Cien Prof* 2007; 27(4):694-705.
28. Barbosa RHS, Menezes CAF, David HMSL, Bornstein VJ. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. *Interface (Botucatu)* 2012; 16(42):751-765.
29. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaucha Enferm* 2013; 34(1):180-186.
30. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistance to women in situations of violence - the plot of the services to the intersectorial network. *Athenea Digit Rev Pensam Investig Soc* 2012; 12(3):237.
31. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mudanças históricas na rede intersectorial de serviços voltados à violência contra a mulher - São Paulo, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2020; 24:e190486.
32. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1943-1952.
33. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):63-72.
34. Schraiber LB. Quando o "êxito técnico" se recobre de "sucesso prático": o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3041-3042.
35. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Pierotti CF, Buno CS, Aguiar JM, Terra MF, et al. *Jogo Interativo "No Lugar Dela"*. São Paulo: Entrelinhas; 2019.
36. Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effect of domestic violence training: Systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 2014; 60(7):618-624.

Artigo apresentado em 05/04/2024

Aprovado em 08/05/2024

Versão final apresentada em 10/05/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva